



Arbeitsunfähigkeitsschein

Versicherungsnehmer/in

Firmenname: _____ Ansprechperson: _____
Strasse / Nr.: _____ Telefon: _____
Postfach: _____ Fax: _____
PLZ / Ort: _____ E-Mail: _____

Versicherte Person

Name: _____
Vorname: _____
Strasse / Nr.: _____
PLZ / Ort: _____
Geburtsdatum: Tag/Monat/Jahr _____
Nationalität: _____
Zivilstand: _____
Telefon: _____
Natel: _____

Datum der Anstellung _____
Arbeitsverhältnis ist ungekündigt gekündigt per _____
Aktuelle berufliche Tätigkeit _____
Tätigkeit ist überwiegend stehend sitzend wechselnd
 administrativ körperlich
Müssen regelmässig Gewichte über 5 kg gehoben werden? ja nein
Personenkreis Gesamtes Personal Kader / Inhaber
Handelt es sich um eine Mutterschaft? ja nein
Wenn ja, voraussichtlicher Geburtstermin? _____
Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit? _____
Die erkrankte Person hat gearbeitet bis und mit: _____

Lohn

Vertraglicher AHV-pflichtiger Grundlohn pro Monat (brutto, ohne Kinderzulage) CHF _____
Gratifikation / 13. Monatslohn (nur angeben, wenn nicht im Grundlohn enthalten) CHF _____
Andere Lohnzahlungen (nur angeben, wenn nicht im Grundlohn enthalten) CHF _____

Stundenlohn

Vertraglicher AHV-pflichtiger Stundenlohn (brutto, inkl. Fereinenterschädigung, 13. Monatslohn) CHF _____

Durchschnittliche Anzahl Stunden pro Woche _____

Wichtiger Hinweis

Bitte senden Sie uns eine Kopie des Arbeitsunfähigkeitsscheins **innert 3 Tagen nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit zu. Damit wir die Taggeldauszahlung korrekt vornehmen können, bitten wir Sie um die rasche Zustellung des ärztlichen Arbeitsunfähigkeitszeugnisses. Sollte die Arbeitsunfähigkeit länger andauern, benötigen wir die ärztlichen Zeugnisse monatlich.**

Wichtige Mitteilungen und Bemerkungen

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift Versicherungsnehmer/in